

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

Représentant légal de l'enfant :

AUTORISE / N'AUTORISE PAS (barrer la mention inutile)

L'association à photographier mon enfant durant les activités, à diffuser et à stocker cette image sans limitation de temps, uniquement sur le [site de la Palestre](#).

A ,le

Signature

AUTORISATION

Je soussigné (e),

Responsable de l'Enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Ecole Multi-Sports-Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Déclare avoir pris connaissance du [règlement intérieur](#) sur [www.lapalestre.fr](#)
- Déclare avoir fourni un [certificat médical](#) de non contre indication à la pratique sportive de loisirs datant de moins de 6 mois si 1 «OUI» répondu au Questionnaire de Santé MINEURS sur [www.lapalestre.fr](#)
- Déclare avoir pris connaissance des conditions d'accueil des enfants avant et après l'activité.

**Tenue sportive exigée,
(chaussures de sport fermées, vêtements de sport, casquette, eau)**

Les bonbons et jeux personnels sont interdits.

CERTIFICAT MEDICAL

OUI

NON

Je soussigné(e) Mr/Mme Prénom, NOM :

Atteste avoir lu et compris les 24 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT (Annexe II-23, Art. A. 231-3 du Code du Sport) et avoir répondu **par la négative à l'ensemble des rubriques.**

Certifie exactes les informations figurant sur ce document, accepte le Règlement Intérieur, et certifie avoir pris connaissance des présentes conditions de reprise et m'engage à respecter toutes les consignes sanitaires données par l'association pour l'utilisation des salles.

A le

Signature du représentant légal :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MINEUR ACCUEILLI

NOM: _____ **PRENOM :** _____

DATE DE NAISSANCE : _____ **GARCON** **FILLE** **POIDS :**kg

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ **PRENOM :** _____

MEDECIN TRAITANT : _____

VACCINATIONS *Le tableau ci-dessous sera accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé*

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

1 – Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires **OUI** **NON** Préciser à quoi

Allergies Médicamenteuses **OUI** **NON** Préciser à quoi

Autres allergies **OUI** **NON** Préciser à quoi

Asthme **OUI** **NON**

Diabète **OUI** **NON**

Epilepsie **OUI** **NON**

Autres **OUI** **NON** A Préciser

2 - Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? **OUI** **NON**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance.

3 – Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, antécédents d'accident, d'opération ...)

RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie, REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER)

Responsable légal du mineur : _____

Date : _____

Signature : _____

Les informations communiquées restent confidentielles.